



แบบสำรวจข้อมูลนักศึกษาพิการ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ติดรูป

ขนาด

1 นิ้ว

คำชี้แจง

เรียน นักศึกษา

ศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช มีโครงการจัดทำแผนบริการการศึกษาเฉพาะบุคคลสำหรับนักศึกษาพิการ เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทางการจัดการศึกษาที่สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา เพื่อจัดบริการการศึกษาให้นักศึกษาได้อย่างเหมาะสม จึงขอความร่วมมือจากท่านโปรดกรอกข้อมูลให้ครบทุกประเด็น ตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อนักศึกษา.....
เลขประจำตัวนักศึกษา(มสธ.10 หลัก)
เลขบัตรประจำตัวประชาชน(13 หลัก) - - - -
ศาสนา..... วัน เดือน ปี เกิด..... อายุ ปี
ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้ บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร..... E-Mail.....
ชื่อผู้ปกครอง.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
..... โทรศัพท์.....

2. ข้อมูลด้านสวัสดิการและสังคม

การจดทะเบียนคนพิการ

() จดแล้ว () ไม่จด/จดไม่ได้ เพราะ.....
สมุดประจำตัวคนพิการ เลขที่.....หมดอายุวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ข้อมูลด้านกายภาพ

ลักษณะความพิการ

อธิบายถึงลักษณะความพิการของท่านและแนบสำเนาสมุด/บัตรประจำตัวผู้พิการ.....
.....
.....

4. ประวัติการศึกษา (เดิม)

วุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัคร.....ชื่อสถานศึกษา.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
โปรดระบุชื่ออาจารย์ หรือ บุคคลที่สามารถให้ข้อสนเทศเพิ่มเติมได้
ชื่อ-นามสกุล.....โทรศัพท์.....
ที่อยู่.....

5. ประวัติการศึกษาในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชา.....วิชาเอก.....หลักสูตร.....ปี

ชุดวิชาที่สอบผ่านแล้ว จำนวน.....ชุดวิชา

ภาคการศึกษาที่ (ภาคปัจจุบัน)ปีการศึกษา.....) ลงทะเบียนเรียนจำนวน.....ชุดวิชา

1. ☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....

2. ☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....

3. ☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....

6. ความสามารถในการศึกษาและการใช้ใช้อุปกรณ์ช่วยศึกษา

- ☐ เช่นเดียวกับนักศึกษาทั่วไป ☐ ใช้เบรลล์ไนด์ ☐ ใช้อักษรเบรลล์(ระดับ).....
- ☐ ใช้เครื่องช่วยฟัง ☐ ใช้ภาษามือ ☐ ใช้เครื่องอ่านหนังสือเสียง/โปรแกรม TAB Player
- ☐ ใช้เครื่องเล่น MP3 Mp4 ☐ ใช้เครื่องขยายจอภาพCCTVพกพา
- ☐ ใช้โปรแกรม ZoomText ☐ อื่นๆ ระบุ.....
- ☐ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์(ระบุโปรแกรมที่ใช้).....

7. การขอรับความช่วยเหลือหรือบริการทางการศึกษาที่ต้องการ (มหาวิทยาลัยจะพิจารณาตามความเหมาะสม)

.....

.....

.....

8. การขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนักศึกษาพิการ ตามประกาศของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

☐ มีความประสงค์

☐ ไม่มีความประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เป็นจริงตามที่ระบุไว้ข้างต้นทุกประการ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ศูนย์บริการนักศึกษาพิการจะพิจารณาจัดบริการสื่อการเรียนการสอน หรือบริการการศึกษาตามความต้องการจำเป็นของนักศึกษาเป็นรายกรณีไป โดยนักศึกษาอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตามความจำเป็น